FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Justin DANTIER

Né à Allanche (Cantal), le 15 novembre 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE

SUR LA TUBERCULOSE

Président : M. HUTINEL, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FIANCÉE

En témoignage de mon profond amour.

A MES CHERS PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HUTINEL

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé NOBÉCOURT

A Monsieur le Docteur J. PARAF
Interne des Hôpitaux

Qui ont bien voulu m'aider de leurs conseils éclairés dans l'élaboration de ce travail, j'adresse ici l'expression de ma profonde et respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

De tout temps la question de l'influence de la grossesse sur la tuberculose a préoccupé médecins et accoucheurs et à cet égard des opinions contraires ont été soutenues. Si à l'heure actuelle l'accord n'est pas absolu entre les auteurs, il est cependant une opinion prépondérante à laquelle se rallie la majorité.

L'optimisme régna pendant longtemps dans le monde médical d'autrefois au sujet de l'influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire.

Jusqu'au milieu du XIX[e] siècle presque tous les auteurs pensent que cette influence est le plus souvent nulle et quelquefois même favorable.

Sims, d'Avignon (1), déclare n'avoir jamais vu de décès chez les tuberculeuses enceintes. Lassègue (2), cite trois cas de tuberculose pulmonaire enrayés par la grossesse. Wernicke pousse l'optimisme en la matière jusqu'à recommander la gestation aux jeunes

femmes phtisiques. Cullen, Duguès et bien d'autres expriment à des époques variables des opinions optimistes.

A la fin du XIXe siècle des idées absolument contraires sont émises par différents auteurs. Mauriceau (3) l'un des premiers proclame l'influence néfaste de l'accouchement chez les femmes qui « ont une méchante poitrine ».

Grisolles (4) lit à l'Académie de médecine un mémoire contenant 27 observations de phtisiques aggravées par la grossesse. Guéneau de Mussy (5), Hergott (6) viennent successivement confirmer cette manière de voir. Charpentier, Depault, Budin, Garnier voient dans la puerpéralité non seulement une cause d'aggravation de lésions existantes mais aussi une cause favorisante au premier chef d'infection tuberculeuse chez les prédisposées.

Pour la plupart des auteurs précédents l'action aggravante paraît se manifester d'une façon particulièrement intense dans les derniers mois de la grossesse et surtout pendant les jours qui suivent l'accouchement. Luttant contre cette vague pessimiste quelques auteurs assez rares d'ailleurs persistent a soutenir l'action favorable ou nulle. Parmi eux Chambrelent (7) qui apporte à l'appui de son opinion les résultats d'expériences faites sur l'animal.

* * *

A l'heure actuelle les divergences d'opinion restent encore assez marquées. Cependant la plupart des

médecins et accouchéurs français et étrangers qui se sont occupés de la question se sont ralliés à la théorie pessimiste.

En Allemagne, Bardleben (8) dit que la grossesse aggrave la tuberculose dans les trois quarts des cas. Hermann fait des expériences sur le cobaye et constate l'action funeste de la grossesse dans 71 o/o des cas. S'appuyant sur ces expériences et sur l'observation des faits presque tous les auteurs de ce pays expriment la même opinion pessimiste. En Italie Marigliano, Martinetti Bossi (9) et avec eux la majorité des auteurs reconnaissent l'influence néfaste de la grossesse dans la plupart des faits observés par eux.

En France, les avis sont partagés mais les partisans de la théorie pessimiste sont les plus nombreux.

Parmi les optimistes le professeur Pinard (10) et ses élèves déclarent que jamais la grossesse favorise l'apparition et l'évolution de la tuberculose chez les prédisposées et que son action est le plus souvent nulle chez les femmes déjà tuberculeuses. Cependant Pinard reconnaît l'action désastreuse de la grossesse dans quelques cas puisqu'il écrit dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* (juin 1913) : « J'ai vu des femmes en état de gestation chez lesquelles la tuberculose a évolué rapidement, j'en ai vu chez lesquelles la tuberculose est restée stationnaire pendant plusieurs gestations successives, j'en ai vu chez lesquelles la guérison a paru se faire d'une façon définitive pendant la gestation ».

Sabourin étudiant l'influence de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire observe une élévation de température dans les jours qui précèdent le flux menstruel chez toutes ses tuberculeuses. Cette poussée thermique s'accompagnant cliniquement de phénomènes congestifs au niveau des foyers tuberculeux souvent même d'hémoptisies. Il conclut donc à l'action aggravante de la menstruation sur les lésions bacillaires et se sert de cette conclusion pour penser que la grossesse en supprimant le flux menstruel exerce de ce fait une action favorable sur la tuberculose.

On a cherché dans l'étude de certains facteurs tels que l'âge des malades et le nombre des grossesses la cause de cette influence variable de la gestation. Il paraît bien démontré que le jeune âge est un facteur d'aggravation. Tarnier déconseillait le mariage aux jeunes filles ayant des symptômes de tuberculisation pulmonaire surtout si elles étaient âgées de moins de trente ans. On comprend d'ailleurs qu'un organisme jeune employant ses ressources à son développement ne puisse faire les frais d'une maladie aussi débilitante que la tuberculose, si une grossesse vient l'obliger à pourvoir à l'entretien d'un nouvel être. Les grossesses répétées ont également un effet déplorable sur la tuberculose. Paul Dubois disait qu'une jeune femme tuberculeuse supportait à peu près bien un premier accouchement, difficilement un deuxième jamais un troisième.

Mais la cause qui à notre avis influe le plus sur

la différence d'action de la *grossesse réside dans la forme anatomo-clinique de la tuberculose observée.*

Le professeur Bar (11) l'un des premiers a insisté sur la nécessité de cette distinction dans l'établissement du pronostic. Les conclusions au Congrès de Rome 1912 sont les suivantes : « Dans la plupart des cas la grossesse est une cause.

1° De réveil d'une tuberculose pulmonaire latente.

2° D'aggravation d'une tuberculose pulmonaire en évolution.

Au Congrès de Rome 1913 il s'exprime ainsi :

« On voit des femmes en état de tuberculose pulmonaire latente ou peu marquée : tuberculose sèche avec quelques signes sthétoscopiques, respiration rude, expiration prolongée devenir enceintes et leur état au lieu de s'aggraver paraît plutôt s'améliorer.

On peut estimer la proportion de ces cas à 60 ou 70 o/o. Quand les femmes ont des craquements humides, des crachats avec bacilles, de la fièvre, les chances de non aggravation sont vraiment rares elles n'excèdent pas 15 o/o.

Quand il y a des cavernes avec tendance à l'extension de la fièvre elles tombent à 4 ou 5 o/o.

Enfin quand il y a tendance à la septicémie tuberculeuse la grossesse apparaît toujours comme une véritable catastrophe. »

Sergent (12) à la suite de Bar distingue au point de vue de l'influence de la grossesse *les formes fibreuses ou éteintes et les formes évolutives.* « Les formes fibreuses évoluant depuis longtemps sans

réaction vive pourront ne pas être aggravées. S'agit-il au contraire de tuberculoses mal éteintes ou en évolution elles recevront presque toujours un coup de fouet. » En outre cet auteur a observé que l'aggravation se produit à la fin de la grossesse et pendant le post partum ; la période la plus critique étant celle qui suit immédiatement l'accouchement.

D'ailleurs les conclusions du Congrès de Rome résument au sujet de l'influence de l'âge de la grossesse l'opinion générale. « Tolérance relative au début, accalmie au milieu, aggravation pendant le dernier tiers surtout manifeste après l'accouchement. »

En somme on peut dire que la plupart des auteurs tant en France qu'à l'étranger se rallient à l'opinion de Bar et Sergent. Les divergences anciennes nous paraissent surtout dues a ce fait que d'une part ce ne sont pas des faits analogues qui ont été observés ; et que d'autre part, préoccupés de la classification des tuberculoses en degrés anatomiques, les auteurs n'ont pas envisagé le seul point de vue intéressant, *c'est-à-dire la forme évolutive ou non de la tuberculose*. C'est elle qui comme l'a montré Bar *domine absolument le pronostic* et c'est selon elle qu'agira la grossesse dans un sens ou dans un autre.

CHAPITRE PREMIER

Les faits que nous avons observés dans le service de M. le professeur agrégé Nobécourt à la Maternité nous permettent d'adopter pleinement les conclusions de Bar et Sergent et de confirmer ainsi leur manière de voir au sujet de l'influence de la grossesse sur les formes évolutives ou non de tuberculose pulmonaire.

Parmi les malades dont nous rapportons les observations les unes étaient atteintes de lésions fibreuses (3 cas), d'autres de lésions ulcéro-caséeuses chroniques en évolution (6 cas). Nous allons voir comment ont évolué les lésions sous l'influence de l'état puerpéral.

I. Formes fibreuses. — Caractérisées à l'auscultation et à la percussion par les signes ordinaires d'induration scléreuse : Frottements, respiration rude, submatité. La radioscopie confirmait les données de l'examen clinique. Les femmes présentant ces lésions avaient eu des hémoptisies un ou deux ans auparavant. *Elles ont toutes très bien supporté leur grossesse*, ont accouché d'enfants de poids normaux, ont eu des suites de couches normales et *à aucun moment n'ont présenté de symptômes fonctionnels*

ou physiques indiquant une aggravation de leurs lésions tuberculeuses. Toutes ont allaité dans de bonnes conditions. A noter que la cuti-réaction pratiquée a plusieurs reprises fut constamment positive.

OBSERVATION I

Mme X..., trente-deux ans, IV-pare.

Entre à l'hôpital le 31 août, enceinte de huit mois.

Antécédents. — Trois hémoptisies il y a deux ans.

Bon état général. Pas d'amaigrissement.

N'a jamais cessé de travailler.

Examen actuel. — Signes fonctionnels. Toux légère avec expectoration muqueuse sans bacille de Koch. Douleurs à la la palpation dans la fosse sus-épineuse droite. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement, pas de sueurs.

Signes physiques pulmonaires. — Sommet droit. Signes d'induration, submatité.

Exagération des vibrations, inspiration rude, expiration prolongée. Quelques craquements.

Radioscopie. — Voile léger du sommet droit.

Ombres ganglionnaires dans la région hilaire.

Accouchement 2 octobre spontané, à terme.

Enfant vivant bien portant. Délivrance naturelle et complète.

Aucun incident ne se produit dans les jours qui suivent l'accouchement. Cette femme qui allaite son enfant sort de l'hôpital en parfait état. Les signes pulmonaires n'ont pas été modifiés.

OBSERVATION II

Mme X..., dix-neuf ans, II-pare.

Entre à l'hôpital le 11 août, enceinte de neuf mois.

Antécédents. — Une hémoptisie il y a deux ans.

Bronchites fréquentes. Pleurésie à quinze ans.

Bon état général sans amaigrissement.

N'a jamais cessé de travailler.

Examen actuel. — Signes fonctionnels :

Oppression et accès de dyspnée. Toux.

Pas de fièvre.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Signes physiques : Signes d'emphysème (sonorité, vibrations diminuées, expiration prolongée).

Râles sibilants disséminés. Zones d'obscurité respiratoire.

Accouchement le 15 août, spontané à terme.

Enfant vivant bien portant. Délivrance naturelle et complète.

La mère allaite son enfant et sort de l'hôpital en parfaite état, les signes pulmonaires n'ayant subi aucune modification.

OBSERVATION III

Madame X..., trente-sept ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 16 octobre, enceinte de huit mois.

Antécédents. — Une hémoptisie il y a un an accompagnée de fièvre, de douleurs thoraciques et d'accès dyspnéiques.

A maigri à ce moment, mais son état général s'est amélioré par la suite.

Examen actuel. — Toux légère, expectoration muqueuse, pas de bacilles dans les crachats, pas de fièvre.

Signes physiques. — Frottements au sommet gauche, submatité, exagération des vibrations, inspiration rude, expiration soufflante.

Radioscopie. — Ombre homogène du sommet gauche. Accouchement le 18 novembre spontané à terme, enfant vivant bien portant. Délivrance naturelle et complète.

Aucun incident après l'accouchement.

L'allaitement se fait dans de bonnes conditions. Les signes pulmonaires ne sont pas modifiés. La malade sort de l'hôpital en parfait état.

Formes ulcéro-caséeuses. — Caractérisées par les signes cavitaires habituels, la toux et l'expectoration muco-purulente riche en bacilles de Koch.

Presque toutes étaient des primipares jeunes, chez toutes la tuberculose était antérieure à la gestation et on relevait des antécédents tuberculeux. Ces malades ont présenté vers la fin de leur grossesse une poussée évolutive de leurs lésions caractérisée par de la fièvre, de l'amaigrissement, des sueurs profuses, des troubles gastro-intestinaux. Elles ont néanmoins mené leur grossesse à terme et ont accouché d'enfants vivants. Aussitôt après l'accouchement, la fièvre subit une recrudescence, atteignit souvent 40 degrés et s'y maintint en plateau ou présenta de grandes oscillations les jours suivants. En même temps, la toux devint plus fréquente, l'expectoration plus abondante, la dyspnée plus intense.

L'amaigrissement fit des progrès rapides. L'auscultation permit de découvrir dans cinq des cas des foyers de râles sous-crépitants disséminés, indices d'une *poussée aiguë de broncho-pneumonie* et l'extension rapide des lésions préexistantes et dans un cas des signes de granulée pulmonaire.

L'évolution fut fatale dans tous les cas et l'autopsie confirma le diagnostic clinique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme X..., vingt-deux ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 22 juin enceinte de huit mois et demi.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Pleurésie à seize ans.

Depuis a eu un état général assez précaire s'enrhumant très facilement, appétit capricieux, troubles digestifs.

Au deuxième mois de sa grossesse a eu une hémoptisie.

Examen actuel. — Signes fonctionnels : toux fréquente, expectoration muco-purulente où on trouve le bacille de Koch, sueurs nocturnes, anorexie, amaigrissement, fièvre persistante atteignant 40 degrés le soir avec faibles remissions matinales.

Signes physiques pulmonaires. — A gauche et en arrière signes cavitaires à droite et en arrière signes d'induration.

Accouchement à terme 30 juin, spontané, enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

Du 30 juin au 2 juillet l'état reste ce qu'il était avant l'accouchement, même température, mêmes signes pulmonaires.

2 juillet. — La courbe thermique subit une ascension à

40 degrés en même temps la malade est plus dyspnéique et se plaint de douleurs thoraciques.

A l'auscultation on décèle à côté des signes de la phase précédente l'apparition de râles sibilants disséminés dans les deux poumons et quelques foyers de râles sous-crépitants à la base gauche.

Les jours suivants la température se maintient à 40 degrés la dyspnée devient de plus en plus intense,les muqueuses se cyanosent,l'amaigrissement fait des progrés rapides, la mort survient le quarante-sixième jour après l'accouchement.

Autopsie. — Cavernes fibro-caséeuses sommet gauche, foyers blanchâtres disséminés ramollis ou excavés de broncho-peumonie tuberculeuse.

OBSERVATION II

Mme X..., vingt-cinq ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 8 septembre enceinte de huit mois.

Antécédents personnels. – Pas d'hémoptisie, mais tousse et crache depuis longtemps. Dit avoir maigri, avoir des sueurs nocturnes, des douleurs thoraciques il y a deux ans. N'a pas cessé de tousser depuis.

Laryngite il y a six semaines avec dysphonie et dysphogie

Examen actuel. — Signes fonctionnels : toux et expectoration muco-purulente où on trouve le bacille de Koch. Pas de fièvre. Signes physiques pulmonaires. Cavernes bilatérales aux sommets.

Laryngologie, granulations et infiltrations des cordes vocales.

Accouchement spontané à terme le 10 octobre, enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

13 octobre. — L'état de la malade s'aggrave, fièvre à 39 degrés avec oscillations, sueurs profuses.

Dyspnée intense. cyanose, anorexie, amaigrissement. Signes pulmonaires : signes cavitaires aux sommets et foyers de râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons.

Mort le seizième jour après l'accouchement.

Autopsie.—Cavernes fibro-caséeuses aux sommets, foyers blanchâtres caséeux disséminés de broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION III

Mme X..., vingt ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 6 mars enceinte de huit mois.

Antécédents. — Bronchites répétées depuis l'enfance.

Anémie.

Hémoptisie à dix-neuf ans.

Examen actuel. — Signes fonctionnels : toux et expectoration muco-purulente où on trouve le bacille de Koch. Amaigrissement marqué depuis deux mois. Sueurs nocturnes, points de côté, fièvre à 38 degrés persistante.

Signes physiques pulmonaires. — Sommet droit : signes cavitaires.

Sommet gauche : Signes d'infiltration.

Accouchement spontané à terme le 8 avril, enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

L'aggravation survient le 9 avril et s'accentue les jours

suivants. La fièvre atteint 40 degrés avec de grandes oscillations. La dyspnée est intense, le facies terreux avec cyanose des muqueuses. L'amaigrissement, la perte des forces sont extrêmes.

Signes pulmonaires. A côté des signes cavitaires du sommet droit on perçoit des râles disséminés de bronchite et des foyers de sous-crépitants dans les deux poumons.

Mort le dix-huitième jour après l'accouchement.

Autopsie. — Cavernes fibro-caséeuses sommet droit. Ilots grisâtres caséeux ramollis dans les deux poumons de broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION IV

Mme X..., trente-neuf ans, IV-pare.

Entre à l'hôpital le 5 novembre enceinte de neuf mois.

Antécédents. — Première grossesse 1910, enfant actuellement bien portant.

Deuxième grossesse 1914, enfant actuellement bien portant.

Troisième grossesse 1916 enfant mort.

En 1910. Rhumatisme et paralysie faciale à type phériphérique soignée par électrothérapie.

En 1916. Au cours de sa troisième grossesse toux, amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre.

Depuis n'a pas cessé de cracher et de tousser.

Pas d'hémoptisie.

Examen actuel. — Signes fonctionnels : toux et expectoration muco-purulente avec bacille de Koch, pas de fièvre un peu de dyspnée.

Signes physiques pulmonaires. — Sommet gauche : submatité et sous-crépitants fins en arrière.

Sommet droit : sonorité normale, respiration légèrement soufflante.

Accouchement le 11 novembre. Enfant vivant pesant 2.400 grammes. Délivrance naturelle et complète.

Le 24 novembre la fièvre s'allume et atteint 38 degrés, persiste les jours suivants avec des exacerbations irrégulières à 39 et 40 degrés. La dyspnée devient tous les jours plus intense, l'amaigrissement extrême, les muqueuses très cyanosées.

L'auscultation permet de constater des râles multiples sibilants et ronflants muqueux sous-crépitants disséminés dans les deux poumons mobiles réalisant le bruit de tempête.

La mort survient par asphyxie le 16 décembre.

Autopsie. — Cavernules au sommet gauche.

Poumons congestionnés, granulations grises et jaunes dans toute l'étendue des poumons mais plus abondantes au sommet.

OBSERVATION V

Mme X..., trente et un ans, V-pare.

Entre à l'hôpital le 10 juillet enceinte de sept mois.

Antécédents. — Bronchites répétées depuis l'âge de dix ans, huit hémoptisies de sang rouge, la première à vingt ans A eu des poussées aiguës au cours de ses précédentes grossesses avec fièvre, sueurs nocturnes. Amaigrissement, toux plus fréquente; expectoration plus abondante et des hémoptisies.

Examen actuel. — Signes fonctionnels.

Toux, expectoration muco-purulente avec présence du bacille de Kock.

Fièvre à 38 degrés persistante.

Sueurs nocturnes. Amaigrissement. Anorexie.

Signes physiques pulmonaires. — Sommet droit : signes cavitaires.

Sommet gauche : signes d'induration.

Accouchement spontané à terme 20 septembre.

Enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

Peu après l'état de la malade s'aggrave.

Une dyspnée intense s'installe avec douleurs thoraciques diffuses. A l'auscultation on retrouve les signes cavitaires du sommet droit et on constate l'apparition de foyers de râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons. La fièvre atteint 39 et 40 degrés avec de grandes oscillations.

Les muqueuses sont cyanosées, le facies terreux, l'anorexie est complète, l'amaigrissement rapide. La mort survient le trente et unième jour après l'accouchement.

Autopsie. — Cavernes fibro-caséeuses au sommet droit et îlots grisâtres caséeux de broncho-pneumonie tuberculeuse disséminés dans les deux poumons.

OBSERVATION VI

Mme X..., vingt et un ans, II-pare.

Entre à l'hôpital le 16 août enceinte de huit mois.

Antécédents. — Pleurésie à seize ans.

Hémoptisie à vingt ans. Depuis a toussé et maigri. Pas d'incident au cours de la première grossesse.

Examen actuel. — Signes fonctionnels.

Toux et expectoration muco-purulente avec présence de bacille de Koch.

Dyspnée légère, fièvre persistante à 38 degrés jusqu'à l'accouchement.

Signes physiques pulmonaires. — Signes d'infiltration bilatérale surtout appréciables en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses. Cavernules au sommet droit.

Accouchement le 19 septembre spontané à terme.

Enfant vivant. Délivrance naturelle et complète.

Quelques jours après la température s'élève à 39 degrés la malade est en proie à une dyspnée violente et tousse fréquemment par quintes.

A l'auscultation on constate l'extension rapide des lésions pulmonaires aux parties moyennes des deux poumons, matité, exagération des vibrations, râles sous-crépitants.

La fièvre à grandes oscillations, les sueurs profuses, la dyspnée persistent les jours suivants.

L'amaigrissement s'accuse tous les jours davantage, les muqueuses se cyanosent. La mort survient le trente-huitième jour après l'accouchement.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Enfin, non seulement la grossesse aggrave la tuberculose mais elle la fait apparaître quelquefois sous des formes variées chez des femmes qui en sont cliniquement indemnes. Nous avons observé chez trois femmes récemment accouchées des congestions pleuro-pulmonaires en apparence primitives. Ces femmes étaient indemnes de tuberculose mais on

relevait dans leurs antécédents des bronchites, pleurésie, adénopathie cervicale indices d'une imprégnation tuberculeuse. La nature tuberculeuse de l'épanchement fut affirmée par l'examen cytologique, (lymphocytose) et l'inoculation au cobaye.

Après une évolution de durée variable mais qui n'excéda jamais trois mois la guérison survint.

OBSERVATION I

Mme X..., vingt-sept ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 9 août.

A accouché le 29 juillet d'un enfant bien portant.

Délivrance naturelle et complète.

Suite de couches normales.

Le 4 août, a été prise de frissonnements répétés, d'un point de côté thoracique violent, de fièvre et de toux.

Antécédents. — Bronchites fréquentes, hémoptisie à vingt ans. Anémie.

Examen à son entrée dans le service. — Signes fonctionnels : fièvre à 39 degrés persistante ; toux, expectoration gommeuse striée de sang sans bacille de Koch ; point de côté thoracique gauche. Dyspnée.

Signes physiques pleuro-pulmonaires. Ce sont ceux d'un grand épanchement pleural à gauche (matité, abolition des vibrations, souffle pleurétique, égophonie et pectoriloquie aphone) et en outre à la faveur d'inspirations forcées on entend à l'auscultation des bruits pulmonaires (râles sous-crépitants).

Par la ponction pratiquée à trois reprises on retire environ

1 litre et demi de liquide jaune clair. Après la ponction les bruits pulmonaires deviennent plus nets révélant un foyer assez étendu de congestion pulmonaire sous-jacente à l'épanchement.

Il s'agit donc d'une congestion pleuro-pulmonaire.

Evolution. — La fièvre se maintient à 39 degrés avec des oscillations irrégulières pendant toute la durée de la maladie. Puis peu à peu elle revient progressivement à la normale. En même temps les symptômes fonctionnels et physiqués s'amendent. Au bout de deux mois la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

La nature tuberculeuse de l'épanchement a été démontrée par l'examen cytologique qui décela une forte lymphocytose et l'inoculation au cobaye qui fut positive.

OBSERVATION II

Mme X..., vingt-sept ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 4 août.

A accouché le 2 juin d'un enfant vivant et bien portant qui est mort peu après de troubles intestinaux.

Délivrance naturelle et complète. Suite de couches normales.

Dit avoir eu une congestion pleuro-pulmonaire du 1er au 15 juillet.

La maladie qui l'a fait entrer à l'hôpital semble avoir débuté le 18 juillet par des frissonnements, de la toux de la dypsnée, un point de côté intense et de la fièvre.

Antécédents. — Pleurésie à vingt ans.

Examen actuel. — Signes fonctionnels : Toux, dyspnée,

expectoration gommeuse adhérente sans bacille de Koch, point de côté, fièvre à 38°5.

Signes physiques. — Ceux d'un épanchement pleural gauche : voussure, matité, abolition des vibrations, souffle pleurétique, égophonie et pectoriloquie aphone.

La ponction exploratrice pratiquée à plusieurs reprises ne permet de retirer chaque fois que très peu de liquide.

A la faveur d'inspirations forcées on entend quelques bruits pulmonaires (râles et crépitations brèves), malgré les signes précédents d'épanchement abondant l'espace de Traube est sonore. Il s'agit donc vraisemblablement de spléno-pneumonie.

Evolution. — Tous les signes physiques persistent pendant quinze jours sans modification, la fièvre est légère, l'état général assez bon. Peu à peu les râles réapparaissent, la matité diminue, les vibrations deviennent perceptibles.

La durée est de trois mois au bout desquels la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION III

Mme X..., vingt-trois ans, primipare.

Entre à l'hôpital le 27 août.

A accouché le 19 juillet d'un enfant bien portant.

Délivrance naturelle et complète. Suites de couches normales.

Le 20 août, frissons répétés, point de côté violent, fièvre, toux et expectoration striée de sang.

Antécédents. — Adénopathie cervicale dans l'enfance.

Examen actuel. — Signes fonctionnels.

Toux, expectoration.

Dyspnée, fièvre à 39 degrés, point de côté.

Pas de bacille de Koch dans les crachats.

Signes physiques. — Ce sont ceux d'un épanchement abondant à gauche, de bronchite à droite.

Par la ponction on retire un liquide jaune clair où l'examen cytologique révèle une formule lymphocytaire.

L'inoculation du liquide au cobaye est positive.

Evolution. — La fièvre se maintient à 39 degrés avec de faibles remissions irrégulières pendant toute la durée de la maladie. Le liquide se résorbe peu à peu, les signes fonctionnels s'atténuent parallèlement. Au bout de deux mois la malade sort de l'hôpital en pleine convalescence.

CHAPITRE II

Pathogénie

Les causes de l'influence de la grossesse sur la tuberculose ne sont pas encore très nettement élucidées. Des opinions différentes ont été émises à ce sujet dont la valeur nous paraît discutable.

Schmorl et Sitzenberg qui admettent la fréquence de la tuberculose placentaire pensent que l'aggravation de la tuberculose à la fin de la grossesse et dans les jours qui suivent l'accouchement serait due aux contractions utérines qui, brassant les tubercules placentaires, enverraient dans la circulation des colonies bacillaires.

Hanot disait que la décompression pulmonaire provoquait la désagrégation des foyers tuberculeux et la formation d'embolies multiples déterminant une infection fébrile aiguë simulant l'infection puerpérale.

Th. Begtrop cherchant à expliquer plus particulièrement les causes de l'aggravation après l'accouchement invoque les modifications profondes dans le métabolisme des albuminoïdes que subit l'organisme à ce moment.

Sergent prétend que la grossesse fait subir à l'organisme des modifications qui diminuent sa résistance. Des phénomènes d'intoxication gravidique portant sur le foie, sur les reins (fréquence de l'albuminurie) et surtout sur les glandes surrénales (insuffisance surrénale) sont fréquents au cours de la gestation. Le principal rôle revient à l'insuffisance surrénale qui entraîne une décalcification importante et par là même l'aggravation des lésions tuberculeuses. L'auteur tire de cette conception une indication thérapeutique : l'association de l'adrénaline au traitement de récalcification.

De nombreux auteurs peu satisfaits par ces explications ont cherché dans l'étude des réactions à la tuberculine la solution du problème.

Stern le premier a étudié la sensibilité des femmes enceintes ou récemment accouchées à la tuberculine. Sur 105 femmes non gravides il obtint 68 réactions positives, soit 65 o/o.

Chez les femmes gravides la réaction s'est montrée moins fréquente :

Sur 28 femmes enceintes de un à six mois :

Il y eut 15 réactions positives, soit 54 o/o.

Sur 19 femmes enceintes de sept à huit mois :

Il y eut 7 réactions positives, soit 36,8 o/o.

Sur 60 femmes enceintes au neuvième mois.

Il y eut 17 réactions positives, soit 28,3 o/o.

Enfin chez les accouchées l'auteur constata également la diminution du nombre des réactions positives pendant les premiers jours du *post partum*.

Sur 32 accouchées auxquelles il pratiqua la cutiréaction le premier jour après l'accouchement il obtint 12 réactions positives, soit 37,5 o/o.

Sur 105 accouchées auxquelles il pratiqua la cutiréaction le septième jour après l'accouchement il obtint 69 réactions positives, soit 67 o/o.

Ces chiffres indiquent nettement une diminution notable de la sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine surtout manifeste à la fin de la grossesse et pendant les deux ou trois jours qui suivent le *post partum*.

Une réaction positive étant l'indice de la présence d'anticorps il faut en conclure dit Stern que chez la femme enceinte les anticorps diminuent ou disparaissent presque. Il pense que les lipoïdes fabriqués en excès pendant la gestation acquièrent la propriété d'attirer et de fixer les anticorps. Cette fixation des anticorps expliquerait la défaillance des femmes en état de gestation devant l'infection tuberculeuse et la fréquence avec laquelle on observe chez elles une propagation rapide des lésions.

Intéressés par la question MM. Bar et Devraigne (17) ont cherché à contrôler les résultats obtenus par Stern et ont pratiqué dans ce but l'intradermo-réaction à de nombreuses femmes gravides et non gravides. Leurs recherches ont porté sur 28 femmes non enceintes.

137 femmes enceintes à des époques variables et leur gestation.

198 femmes récemment accouchées.

25 femmes non gravides saines d'apparence n'ayant dans leur passé aucun accident pathologique attribuable à la tuberculose ont réagi dans la proportion de 75 o/o.

Chez les femmes gravides ils ont constaté une sensibilité décroissante à la tuberculine du cent quatre-vingtième jour au deux cent soixante-dixième jour de leur gestation puisque la proportion des réactions positives faibles qui était de 80 o/o avant le cent quatre-vingtième jour est tombée à 63 o/o.

Il est aisé de se rendre compte, d'après le précédent tableau, que le pourcentage des réactions positives a été toujours pendant la grossesse inférieur au pourcentage obtenu chez les femmes non gravides mais dans des proportions bien moindres que celui obtenu par Stern.

MM. Bar et Devraigne ont ensuite étudié la sensibilité à la tuberculine des tuberculeuses enceintes. Pour avoir un terme de comparaison ils ont d'abord pratiqué l'intradermo-réaction à des femmes enceintes saines d'apparence, sans passé tuberculeux et ont obtenu les proportions suivantes de réactions positives :

Du 211e jour au 240e jour de la grossesse, 58 o/o ;

Du 240e jour au 270e jour de la grossesse, 37 o/o.

Pour cette catégorie de faits ils concluent ainsi :

1° Chez les femmes enceintes saines d'apparence, sans passé tuberculeux, on observe au neuvième mois un abaissement sensible dans la proportion des réactions à la tuberculine ;

2° Cette proportion est inférieure à la normale ;

3° L'écart entre les proportions des réactions positives observées pendant le neuvième mois et celles observées hors la grossesse est variable (24 o/o au maximum dans les expériences faites) ;

4° Pendant le *post partum* il paraît également y avoir une diminution de la sensibilité des femmes à la tuberculine. Les minima s'observent du quatrième au onzième jour. La diminution semble disparaître après le dixième jour.

Etudiant ensuite la sensibilité à la tuberculine des femmes gravides saines d'apparence mais ayant un passé tuberculeux, ils ont constaté que les chiffres obtenus étaient égaux et même supérieurs à la normale. Résultat attendu puisque ces femmes se défendaient bien.

Enfin chez les tuberculeuses gravides porteuses de lésions ne s'aggravant pas les proportions de réactions positives ont été égales ou supérieures à la normale même pendant le neuvième mois et ont diminué au contraire d'une façon notable pendant les jours moyens du *post partum* (deuxième au dixième jour).

Quant aux femmes ayant des lésions tuberculeuses en voie d'aggravation, sur trois femmes enceintes de cette catégorie du cent vingt et unième jour au cent cinquantième jour une seule fois la réaction fut faiblement positive.

Les expériences précédentes ont permis à ces auteurs d'établir les conclusions générales suivantes :

1° Il semble qu'il y avait réellement une sensibilité moindre des femmes enceintes saines ou ayant des lésions tuberculenses en évolution à la tuberculine ;

2° Cette diminution est surtout apparente au cours du neuvième mois et du quatrième au dixième jour après l'accouchement.

MM. Nobécourt et J. Paraf ont à leur tour cherché les variations de la cuti-réaction pendant la grossesse et après l'accouchement.

Ils ont pratiqué à 100 femmes, au cours de leur grossesse, du cinquième au neuvième mois, des cutiréactions qu'ils ont répétées de semaine en semaine.

a) Trente-deux fois la cuti-réaction fut négative :

Vingt-deux fois il s'agissait de femmes venant de la campagne, manifestement indemnes de tuberculose :

3 ont été examinées à partir du cinquième mois de la grossesse.

2 ont été examinées à partir du septième mois de la grossesse.

7 ont été examinées à partir du huitième mois de la grossesse.

10 ont été examinées à partir du neuvième mois de la grossesse.

Dix fois il s'agissait de femmes atteintes de tuberculose grave en évolution qui moururent par la suite.

b) Soixante-huit fois la réaction fut positive :

1 femme a été examinée à partir du sixième mois de sa grossesse.

3 femmes ont été examinées à partir du septième mois de leur grossesse.

12 femmes ont été examinées à partir du huitième mois de leur grossesse.

35 femmes ont été examinées à partir du neuvième mois de leur grossesse.

Ils concluent que la grossesse influence nettement la cuti-réaction au cours de la tuberculose ulcéro-caséeuse, puisqu'ils n'ont observé chez ces malades que des réactions négatives alors que le plus souvent dans ces cas les réactions sont positives ou faibles (réactions cachectiques).

Sur les 68 cas positifs, cinquante et une fois ils ont pratiqué la réaction avant et après l'accouchement.

Chez 4 femmes indemnes cliniquement de toute lésion tuberculeuse, ils ont constaté pendant le *post partum* une disparition de la cuti-réaction qui ne redevint positive que le quinzième, le vingt-deuxième, le vingt-quatrième et le vingt-neuvième jour.

Dans 6 cas, l'intensité de la réaction subit une diminution nette, la réaction ne reprit ses caractères antérieurs qu'à la fin du premier mois ; il s'agissait trois fois d'albuminuriques cliniquement non tuberculeuses, deux fois de malades atteintes de phlébites, et, dans 1 cas, d'une malade scoliotique avec bronchite chronique ; dans ce dernier cas, la cuti-réaction, forte après l'accouchement, restait faible six semaines après.

Chez 16 femmes, la cuti-réaction n'a été pratiquée que douze à quinze jours après l'accouchement. Elle

a été négative deux fois, positive quatorze fois.

Dans 5 cas, ils ont constaté des variations dans l'intensité de la cuti-réaction qui est devenue plus forte vingt-sept jours, trente-deux jours, trente-cinq jours, quarante-neuf et cinquante-deux jours après l'accouchement : 3 de ces cas concernent des malades atteintes de congestions pleuro-pulmonaires ; les 2 autres des femmes atteintes de pyélo-néphrite.

Chez 4 femmes atteintes de tuberculose fibreuse, qui eurent un accouchement et des suites de couches normales, la cuti-réaction ne fut pas modifiée.

Il résulte des recherches de ces différents auteurs, que dans un grand nombre de cas, la grossesse et surtout l'accouchement influencent les réactions à la tuberculine.

Chez les femmes atteintes de tuberculose ulcéro-caséeuse au lieu de trouver des cuti-réactions positives ou faibles (réactions cachectiques) la cuti-réaction a toujours été négative. En outre, chez un certain nombre de femmes cliniquement indemnes de tuberculose, la cuti-réaction fut supprimée ou diminuée dans les jours qui suivirent l'accouchement ; et chez quelques-unes d'entre elles ce fléchissement de la cuti-réaction coïncida avec l'éclosion d'une manifestation tuberculeuse (pleurésie, congestion pleuro-pulmonaire).

Ainsi donc la grossesse et surtout l'accouchement semblent déterminer un état d'anergie tuberculinique analogue à celui qu'entraînent différentes maladies infectieuses.

Les recherches de Von Pirquet confirmées depuis par de nombreux auteurs ont montré qu'une rougeole survenant chez un individu ayant antérieurement une cuti-réaction positive rend cette cuti-réaction négative pendant un temps variable de quelques semaines à deux mois.

Cette suspension des réactions à la tuberculine est désignée par Von Pirquet sous le nom d'anergie tuberculinique. Cette anergie n'est d'ailleurs pas spéciale à la tuberculine.. M. Netter a montré qu'il y avait également chez les rougeoleux suspension des réactions de revaccinations et MM. Léon Bernard et Paraf (19) ont constaté que chez un typhique dont le sérum possède des propriétés agglutinantes et chez un individu vacciné il y a suspension des réactions d'agglutination par une rougeole intercurrente (20). R. Debray a montré qu'il existait un pouvoir anergisant de la grippe vis-à-vis de la vaccine. Ses recherches ont été confirmées par celles de Lereboullet (21), de Bloomfield et Mateer qui ont constaté l'action suspensive de la grippe sur la cuti-réaction à la tuberculine, de Caprel (22), Fontaine et Descoffre (24) qui ont retrouvé ce pouvoir vis-à-vis de la séro-réaction de Widal.

Or, la grossesse et l'accouchement phénomènes physiologiques s'accompagnent également d'anergie tuberculinique.Les recherches de nombreux auteurs, en particulier de Von Pirquet, Rolly, Rœpke, Wolflisner, Hamburger en Allemagne, de Léon Bernard et Baron, Sergent et Pruvost, Armand Delille en

France ont montré que chez un tuberculeux l'intensité des réactions à la tuberculine est généralement un signe de bonne résistance de l'organisme à l'agent pathogéne et constitue un excellent signe de pronostic de la tuberculose. Positive chez les individus atteints de tuberculose latente ou floride chez les emphysémateux, la cuti-réaction devient négative ou faible pendant les poussées évolutives de la tuberculose, elle décroît progressivement à la période cachectique et est tout à fait nulle au cours des tuberculoses aiguës.

En somme la diminution de la sensibilité à la tuberculine coïncide le plus souvent avec une diminution parallèle de l'immunité. L'état d'anergie créé par la rougeole et par la grippe permet d'expliquer pourquoi ces maladies sont si hautement tuberculigènes.

Il nous paraît que cet état d'anergie, existant pendant la grossesse et après l'accouchement peut expliquer de façon analogue l'aggravation que subissent à ce moment les lésions tuberculeuses. De plus ce fléchissement de l'immunité permet d'expliquer pourquoi certaines femmes en bonne santé apparente, porteuses de lésions tuberculeuses latentes ganglionnaires ou pulmonaires font après l'accouchement une manifestation tuberculeuse aiguë ou subaiguë paraissant primitive.

CHAPITRE III

Déductions pratiques

Il résulte très nettement de ce qui précède que l'on doit déconseiller la grossesse aux femmes ayant des lésions tuberculeuses en évolution. Mais on ne saurait à notre avis la déconseiller dans tous les cas de tuberculose pulmonaire. La formule trop absolue de Peter « Filles pas de mariage, femmes pas de grossesse, mères pas d'allaitement » doit subir quelques modifications sous l'influence des idées nouvelles. A notre avis cette formule ne doit être appliquée dans toute sa rigueur que dans les tuberculoses évolutives chroniques ou aiguës.

Pour pouvoir formuler la conduite à tenir en présence d'une femme enceinte tuberculeuse, il est essentiel de savoir quelle est l'influence de la tuberculose sur la grossesse et le produit de conception. L'opinion généralement admise est que le plus souvent la tuberculose n'entrave pas la marche de la grossesse ; les femmes par nous observées ont toutes mené leur gestation à terme. Quant au produit de conception il est à peu près universellement admis aujourd'hui que la tuberculose congénitale est rare et

que le plus souvent le fœtus naît indemne de tuberculose mais prédisposé. « Il hérite non de la tuberculose mais de l'aptitude à la contracter » (Aviragnet (13).

Connaissant ces données que doit faire le médecin en présence d'une tuberculeuse gravide ?

Deux méthodes radicalement opposées sont suivies par les accoucheurs, l'intervention et l'abstention.

A) *Intervention.* — Proposée par Pasquali, Bompiani au Congrès de Rome 1886 cette pratique a été adoptée par les Américains (William Duncan et Simpson) et par les Allemands (Martin, Bumm, Hermann). Se basant sur la formule nouvelle que la grossesse est une cause certaine d'aggravation de la tuberculose pulmonaire et qu'il vaut mieux sauvegarder les intérêts de la mère que ceux d'un enfant dont l'avenir est précaire, ces auteurs admettent la nécessité de l'intervention dans la plupart des cas. Quelques-uns, Hermann, Marigliano, Hamburger disent dans tous les cas et vont même jusqu'à proposer la stérilisation de la femme pour éviter les grossesses futures.

Cependant presque tous les accoucheurs interventionnistes moins absolus dans leur opinion, reconnaissent certains principes qui doivent servir de base à la conduite à tenir d'une façon générale en présence d'une tuberculeuse gravide.

Ces principes selon eux sont les suivants :

I. — Il faut intervenir dans les trois premiers mois de la grossesse.

II. — Il ne faut intervenir que chez les malades qui ont une forme curable ou tout au moins améliorable de tuberculose.

III. — Si les lésions s'étendent et s'aggravent dès le début de la grossesse.

IV. — S'il y a propagation au larynx.

V. — S'il y a des hémoptisies répétées et abondantes.

VI. — L'accouchement prématuré ne devra être pratiqué qu'exceptionnellement pour sauver l'enfant si la mère paraît être en danger de mort.

Au Congrès de Rome 1912, Martin de Berlin déclare que la tuberculose manifeste active indique principalement l'intervention de même que la tuberculose laryngée, la tuberculose latente permet un traitement d'expectative.

Bossi au même Congrès déclare qu'il tient la tuberculose comme une des complications qui dans certaines circonstances peut constituer une indication à l'interruption de la grossesse à condition d'intervenir dans les six premiers mois. Il apporte à l'appui de son opinion soixante-treize observations.

Quarante fois l'avortement fut pratiqué et il y eut remarquable et rapide diminution des faits spécifiques. Vingt-trois fois l'accouchement prématuré fut pratiqué après le sixième mois et on constata rarement des améliorations durables ; les faits spécifiques persistèrent dans leur gravité. Enfin dans les dix accouchements à terme qu'il observa, quatre

femmes succombèrent et il y eut aggravation manifeste des lésions dans les autres cas.

Il conclut en disant que chaque cas particulier doit être pour le médecin l'objet d'une étude spéciale de toutes les particularités non seulement cliniques mais aussi sociales.

B) *Abstention.* — En France c'est l'abstention qui est le plus généralement pratiquée par les accoucheurs qui justifient leur conduite par les raisons suivantes :

1° Les lésions peuvent s'aggraver malgré l'interruption.

2° On est jamais sûr de les voir s'arrêter ou s'améliorer.

3° Il est difficile de poser d'une façon précise dans chaque cas l'indication de l'interruption.

Le professeur Pinard déclare au Congrès de Rome 1902, qu'il « ne connaît pas un seul cas qui démontre d'une façon nette que l'expulsion prématurée du produit de conception ait retardé l'évolution de la maladie et la terminaison fatale. » Aussi recommande-t-il aux médecins en présence de femmes enceintes tuberculeuses de soigner médicalement la tuberculose et de surveiller simplement la grossesse.

Moins absolue est l'opinion du professeur agrégé Lepage qui s'exprime ainsi : « Il est difficile de formuler un avis ferme sur une question de thérapeutique aussi délicate que celle de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses. Si dans la très

grande majorité des cas il est préférable de s'abstenir, dans d'autres cas rares sans doute il peut être utile d'interrompre une grossesse qui aggrave l'évolution de la tuberculose ainsi qu'en témoignent l'amaigrissement, l'hyperthermie, les hémoptisies, la laryngite ».

Sergent considère l'interruption de la grossesse comme un procédé d'exception qui s'il se généralisait apparaîtrait comme un des moyens de « prophylaxie de la naissance » selon l'expression de Pinard.

Le professeur Bar admet l'influence favorable dans quelques cas de l'intervention précoce mais il dit d'autre part que dans 30 o/o des cas l'avortement ou l'accouchement prématuré sont suivis des mêmes effets désastreux sur l'évolution du processus tuberculeux.

Nous pensons avec lui qu'il n'y a pas lieu d'adopter de solutions absolues, c'est à distinguer les cas favorables ou défavorables que nous devons nous employer et à cet égard l'épreuve de la tuberculine nous a fourni des renseignements précieux. Il semble qu'au début de la grossesse une réaction violente à la tuberculine avec des lésions tuberculeuses nettes même paraissant s'étendre comporte un pronostic relativement bon. Au contraire une réaction négative avec des lésions même légères comporte le pronostic le plus réservé et peut être une indication pressante d'intervention.

Allaitement

Il est évident que la question ne se pose pas pour les femmes atteintes de lésions tuberculeuses en évolution. Chez ces malades crachant des bacilles l'allaitement est un facteur important d'aggravation et une source fertile de contamination pour le nourrisson. Mais chez les tuberculeuses au début lorsqu'il n'existe que des lésions légères Démelin et Budin pensent que l'allaitement pourrait être tenté pendant quelques semaines en plaçant la mère dans de bonnes conditions hygiéniques; tandis que Ribemont-Dessaigne, Lepage, Marfan, Variot, Rénon pensent qu'il faut interdire l'allaitement dans tous les cas même s'il n'existe qu'un simple soupçon de tuberculose récente ou ancienne.

Nous nous rangeons à l'opinion de ces derniers auteurs. D'une façon générale l'allaitement a une influence fâcheuse sur le processus tuberculeux. Cependant nous pensons que dans les tuberculoses latentes fibreuses n'ayant pas été aggravées par la puerpéralité l'étude des réactions à la tuberculine peut permettre d'apporter à la formule précédente quelque adoucissement. Des réactions à la tuberculine franchement positives et persistant telles chez les malades présentant ces lésions pourront être de bons arguments en faveur tout au moins d'une tentative d'allaitement.

CONCLUSIONS

I. La grossesse survenant chez des tuberculeuses anciennes à lésions légères et bien sclérosées peut n'exercer aucune influence défavorable sur ces lésions.

II. Par contre elle aggrave considérablement les lésions ulcéro-caséeuses évolutives. Cette aggravation est surtout manifeste dans la période du *post-partum* pendant laquelle se déclare dans la très grosse majorité des cas une broncho-pneumonie ou une granulie rapidement mortelles.

III. La grossesse et surtout l'accouchement peuvent occasionner l'éclosion d'une manifestation tuberculeuse subaiguë (pleurésie ou congestion pleuro-pulmonaire) chez des femmes jusque-là cliniquement indemnes de tuberculose.

IV. La grossesse et surtout la puerpéralité déterminent un état d'anergie tuberculinique décelable par la cuti-réaction qui disparaît ou diminue vers la

fin de la grossesse et pendant les jours moyens (2e au 10e du *post-partum*).

Cet état anergique permet d'expliquer l'action désastreuse de la puerpéralité sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. *Sims.* — Observations sur les maladies épidémiques.
2. *Datègne.* — De l'influence de la grossesse et de l'état puerpéral sur la marche de la tuberculose. Thèse de Paris, 1856.
3. *Mauriceau.* — Observations sur la grossesse et sur l'accouchement des femmes et sur leurs maladies, 1er édition, t. II, 1715.
5 *Grisolles.* — Bulletin de l'Académie de médecine, 20 oct. 1849.
5. *Gueneau de Mussy.* — Gazette des Hôpitaux 1868.
6. *Hergott.* — Tuberculose et gestation (Annales de gyn., juil. 1891).
7. *Chambrelant.* — Soc. d'Obst. de Paris, 18 juin 1903.
8. *Bardleben.* — Rev. analyt. des ann. de gyn., 1912.
9. *Bossi.* — Congrès de Rome, 1912 (L'obst. 1902).
10. *Pinard.* — Ann. de gyn. et d'obs., juin 1913
— Congrès de Rome, 1889-1902.
11. *Bar.* — Congrès de Rome, 1912-1913.
— Traité d'obstétrique.
12. *Sergent.* — Presse médicale, 5 juillet 1913.
13. *Aviragnet.* — Thèse de Paris, 1892.
14. *Martin.* — Congrès de Rome, 1912.
15. *Lepage et Ribemont Dessaigne.* — Traité d'obst., 1914.
16. *Marfan.* — Traité de l'allaitement, 1903.
17. *Bar et Devraigne.* — De la sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine (L'obst., avril 1911. p. 345).
18. *Nobécourt et (J.). Paraf.* — Ext. des bull. et mem. de la soc. des Hôp. de Paris, 28 nov. 1919.

19. *Léon Bernard et Paraf.* — L'action anergique de la rougeole et la séro-réaction de Widal (Société médicale des Hôp., 18 juin 1915).

20. *Debray (R.).* — L'anergie dans la grippe (Soc. de biol., 26 oct. 1918, p., n° 3, n° 18, t. 81).

21. *Bloomfield et Mateer.* — Changes in Skin sensitiveness to. tuberculin during épidémie influenza (Bull. of the John Hopkins Hopital Baltimor, août 1919, vol. 20, n° 342, p. 238).

22. *Cayrel et Descoffre.* — Diminution des propriétés agglutinantes du sérum chez les grippés (Soc. de biol., 29 mars 1991, n° 9, p. 289, t. 82).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4533-20

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE